Jornada InterCapitular de
Adicciones y Políticas Públicas en Salud Mental. AAP. El Calafate. 2025

# Reconfigurando el Sistema de Salud: Desafíos y Oportunidades para la Salud Mental desde una Perspectiva de la Gobernanza

**Autor:** Dr. Pablo Ferro *Abogado – Maestrando en Políticas Económicas y Sociales Regionales*

**Resumen**

El presente trabajo analiza la crisis estructural del sistema de salud mental y adicciones en Argentina desde la perspectiva de la gobernanza sanitaria. Más allá de las limitaciones clínicas o financieras, se argumenta que los principales obstáculos son institucionales: fragmentación del sistema, débil rectoría estatal y falta de inteligencia sanitaria. Integrando los marcos teóricos de Báscolo (funciones de gobernanza), Mintzberg (burocracia profesional) y Robinson (economía institucional), se examinan las tensiones entre la autonomía profesional y la necesidad de integración sistémica. Finalmente, se propone un modelo híbrido de gobernanza que combine jerarquía inteligente, integración virtual mediante redes contractuales y el fortalecimiento de la toma de decisiones basada en evidencia a través de Observatorios de Salud Mental.

**Palabras clave:** Gobernanza sanitaria, Salud Mental, Burocracia profesional, Integración de servicios, Políticas públicas, Argentina.

## 1. Introducción

La salud mental y el abordaje integral de las adicciones atraviesan una crisis estructural que excede lo meramente clínico y se inscribe profundamente en los planos organizacionales, jurídicos y políticos del sistema de salud argentino. Como sostienen múltiples organismos internacionales, la gobernanza constituye el pilar central para comprender tanto los fracasos históricos como las oportunidades de transformación en este campo (World Health Organization, 2021).

En Argentina, a pesar de avances normativos significativos como la Ley Nacional de Salud Mental, persiste una brecha crítica ("gap de implementación") entre los principios declarados y la capacidad operativa del sistema para materializarlos. Esta ponencia parte de una premisa fundamental: los principales obstáculos para la reforma efectiva del sistema de salud mental no son de índole técnica, sino institucional y de gobernanza.

Esta problemática se evidencia en la fragmentación operativa del sistema, en la insuficiente rectoría estatal para alinear actores dispares, en la debilidad de los mecanismos de asignación de recursos y en la ausencia de una inteligencia sanitaria capaz de orientar decisiones basadas en evidencia empírica. El nudo gordiano no reside en la falta de conocimiento clínico, sino en una arquitectura organizativa anacrónica, incapaz de gestionar la complejidad de las demandas del siglo XXI.

La gobernanza en salud —entendida como el entramado de reglas, actores, incentivos, normas y capacidades estatales que orientan la acción colectiva— es la herramienta conceptual indispensable para diseñar la reconfiguración necesaria. Para ello, este análisis integra tres tradiciones teóricas:

1. La **teoría de gobernanza en sistemas de salud** (Báscolo, 2018).
2. La **anatomía organizacional** y la burocracia profesional (Mintzberg, 1979).
3. La **economía institucional** aplicada a la integración de servicios (Robinson, 1999).

Asimismo, se incorporan los aportes recientes sobre la creación de dispositivos de inteligencia sanitaria, como el *Observatorio Integral de Bienestar Psicosocial, Salud Mental y Adicciones* (Molina Radio et al., 2025), cuya implementación constituye un punto nodal para la reconstrucción de las capacidades estatales.

## 2. Gobernanza en salud: un marco necesario para ordenar el caos

Siguiendo a Báscolo (2018), la gobernanza de los sistemas de salud se estructura en torno a cuatro funciones esenciales: rectoría (gobernanza propiamente dicha), financiamiento, generación de recursos y provisión de servicios. Este enfoque, alineado con los marcos de la OMS, permite identificar las fallas sistémicas que obstaculizan la reforma sanitaria en Argentina.

La evidencia actual demuestra debilidades persistentes en áreas críticas:

- **Visión y políticas:** Ausencia de metas claras, medibles y sostenibles en el tiempo.
- **Regulación:** Superposición normativa entre jurisdicciones y baja capacidad de *enforcement* (cumplimiento).

- **Inteligencia sanitaria:** Insuficiencia de datos epidemiológicos actualizados y ausencia de una cultura de evaluación continua.
- **Participación de actores:** Predominio del corporativismo profesional y una débil articulación intersectorial (Báscolo, 2018; WHO, 2021).

En el campo específico de la salud mental, estas fallas se ven agravadas por la histórica tensión —a menudo ideológica— entre el paradigma biomédico-asilar y el paradigma comunitario-derechohumanista. Esta disputa configura lo que podríamos denominar “clanes” institucionales que compiten por recursos, legitimidad y sentidos, paralizando en muchas ocasiones la gestión pragmática de los servicios.

### 3. La burocracia profesional como límite a la reforma (Mintzberg)

Para comprender la resistencia al cambio, es vital recurrir a Mintzberg (1979), quien describe a los hospitales y centros de salud como "burocracias profesionales". En estas organizaciones, el poder reside en el núcleo operativo (médicos, psicólogos, psiquiatras), cuya autonomía es funcional para la práctica clínica individual, pero frecuentemente obstructiva para las reformas sistémicas.

Los mecanismos de estandarización de destrezas y la socialización profesional producen dos fenómenos nocivos para la modernización de la salud mental:

1. **Encajonamiento (*pigeonholing*):** La tendencia a clasificar a las personas en diagnósticos preestablecidos que activan respuestas estándar, ignorando la complejidad singular del caso cuando este excede las categorías burocráticas.
2. **Osificación del comportamiento:** Una resistencia estructural a cambios que amenacen la autonomía profesional o introduzcan nuevas formas de trabajo interdisciplinario (Mintzberg, 1979).

Esto explica por qué reformas bien diseñadas en el papel —como la integración territorial o la desmanicomialización— no logran permear el nivel operativo. No se trata necesariamente de mala voluntad de los actores, sino de una arquitectura organizacional diseñada para reproducir patrones rígidos y defensivos.

### 4. Integración vertical vs. Integración virtual: El aporte de Robinson

En el debate sobre cómo unir los fragmentos del sistema, James Robinson (1999) advierte que la **integración vertical** —modelo tradicionalmente promovido mediante la estatización o fusión de servicios— no asegura coordinación. Por el contrario, frecuentemente genera hipertrofia organizacional, pérdida de agilidad y una captura monopólica por parte del sector hospitalario de alta complejidad.

En contraposición, Robinson propone el modelo de **integración virtual**, basado en redes contractuales flexibles que articulan actores independientes (hospitales, centros comunitarios, cooperativas, ONGs, dispositivos habitacionales). Este enfoque resulta particularmente adecuado para la salud mental, un campo donde la diversidad institucional es imprescindible y donde la absorción centralizada suele destruir la especificidad territorial y comunitaria.

La integración virtual permite generar una “tensión creativa” entre autonomía organizacional y responsabilidad compartida, creando incentivos alineados hacia la continuidad de cuidados y la colaboración interinstitucional, en lugar de la competencia estéril o el aislamiento burocrático.

**5. Adicciones: El punto ciego del sistema normativo**

El análisis del marco regulatorio vigente revela limitaciones significativas, particularmente en el tratamiento de las adicciones. Como señalan diversas críticas especializadas (Infobae, 2021), la Ley 26.657 presenta vacíos operativos que dificultan el abordaje de la complejidad actual:

- Insuficiente diferenciación operativa entre padecimientos mentales severos y consumos problemáticos.
- Escasez de dispositivos de "bajo umbral" y estrategias de reducción de daños.
- Falta de mecanismos de financiamiento específico y protegido.
- Débil articulación con los sistemas de justicia, desarrollo social, educación y seguridad.

Estas deficiencias han dejado al sistema sin herramientas robustas para afrontar fenómenos emergentes como el policonsumo, las adicciones en la adolescencia o la violencia asociada a economías ilícitas. El vacío regulatorio deviene en un vacío organizacional: el sistema no está preparado para sostener intervenciones de cercanía, continuidad y territorialidad, requisitos *sine qua non* para un abordaje moderno de las adicciones (Molina Radio et al., 2025).

**6. Observatorios de salud mental: Construir inteligencia para gobernar**

Ante la dispersión de datos y la opacidad del sistema, propuestas como el *Observatorio Integral de Bienestar Psicosocial, Salud Mental y Adicciones* plantean una solución institucional clave: crear capacidad de inteligencia sanitaria para producir evidencia sistemática y fortalecer la incidencia política informada (Molina Radio et al., 2025).

Un observatorio moderno debe cumplir funciones que hoy el Estado realiza de manera deficitaria:

- Generar datos comparables, continuos y de acceso abierto.

- Evaluar el impacto real de las políticas públicas implementadas.
- Producir informes técnicos y recomendaciones para los decisores.
- Articular actores públicos, académicos y comunitarios.
- Contribuir a reducir el estigma mediante la democratización de información confiable.

En términos de gobernanza, esto representa el fortalecimiento de la subfunción de “información e inteligencia” (Báscolo, 2018), indispensable para recuperar la rectoría sanitaria y optimizar la asignación de recursos escasos.

**7. Hacia un modelo híbrido de gobernanza**

La evidencia teórica y empírica sugiere que ningún modo puro de gobernanza es suficiente por sí mismo. Ni la jerarquía estatal rígida, ni los incentivos de mercado, ni la autorregulación de los clanes profesionales garantizan resultados óptimos. La reforma requiere transitar hacia un **modelo híbrido**, compuesto por:

1. **Jerarquía inteligente (Rectoría estatal fuerte):** Capacidad de fijar metas claras, monitorear resultados, regular con legitimidad y garantizar derechos fundamentales.
2. **Integración virtual (Redes contractuales):** Vínculos cooperativos formalizados entre salud, justicia, desarrollo social y organizaciones de la sociedad civil.
3. **Cultura profesional transformada:** Fomento de la formación interdisciplinaria y un enfoque de derechos que supere la resistencia corporativa.
4. **Financiamiento orientado a resultados:** Incentivos económicos alineados a la continuidad de cuidados, la prevención y la reducción de internaciones evitables.
5. **Inteligencia sanitaria continua:** Institucionalización de observatorios y monitoreo epidemiológico para la toma de decisiones.

Este modelo híbrido constituye la base de una gobernanza moderna, capaz de transformar la inercia del sistema actual en una dinámica de respuesta efectiva.

**8. Conclusión**

La reconfiguración del sistema de salud mental argentino exige abandonar las explicaciones simplistas y reconocer que los problemas estructurales son, en esencia, problemas de gobernanza. El desafío trasciende lo técnico y lo clínico: es profundamente político, organizacional y cultural. Se trata de redefinir cómo se decide, cómo se financia, cómo se colabora y cómo se evalúa en el sector salud.

La transformación es posible si se fortalece la rectoría estatal, se abandona la ilusión de las integraciones verticales centralizadas en favor de redes contractuales dinámicas, y se construye una inteligencia sanitaria robusta. Reformar la gobernanza sanitaria no es un mero acto de reingeniería administrativa; es un acto de justicia.

**Bibliografía**


- Báscolo, E. (2018). *Evaluación de desempeño del sistema de salud: Un marco para el análisis de políticas*. World Health Organization.
- Infobae. (2021, 18 de junio). *10 razones por las que la Ley de Salud Mental debe ser reformada*. https://www.infobae.com/opinion/2021/06/18/10-razones-por-las-que-la-ley-de-salud-mental-debe-ser-reformada/
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations: A synthesis of the research*. Prentice-Hall.
- Molina Radio, C. J., Blake, A., & Fuensalida, N. (2025). *Presentación del Observatorio Integral de Bienestar Psicosocial, Salud Mental y Adicciones*. Capítulo de Políticas Públicas, AAP.
- Robinson, J. (1999). Physician-hospital integration and the economic theory of the firm. *Medical Care Research and Review, 56*(1), 3–31.
- World Health Organization. (2021). *Health system performance assessment: A framework for policy analysis*. WHO Press.